

JULKAISTU NUMEROSSA 2/2018

TEEMAT

Tiedolla johtaminen sotessa – missä lääkehoito näkyy?

Eeva Ketola / Kirjoitettu 27.3.2018 / Julkaistu 14.8.2018



Kansallisessa kustannusvaikuttavuushankkeessa (KUVA) määritellään mittarit, joilla maakuntia ja palveluntuottajia voidaan jatkossa auttaa sote-palveluiden järjestämisessä ja johtamisessa. Myös lääkitysturvallisuutta voidaan tarkastella usean mittarin avulla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on saanut tehtävän arvioida maakuntien sote-palveluiden järjestämistä. Sote-tietopohjahankkeessa viritämme kansalliset rekisterimme ja tilastomme sote-taajuudelle, laajennamme tietosisältöjemme kokoa ja hyödynnettävyyttä sekä parannamme erilaisten sote-mittareiden käytettävyyttä tiedolla johtamisen tueksi.

THL:n mandaatti maakuntien sote-palveluiden järjestämisen seurantaan ja arviointiin löytyy järjestämislaita (26§, 30§, 31§). Jatkossa tulee varmistaa, että maakuntien asukkaat saavat laadukkaita, asiakaslähtöisiä ja kustannustehokkaita palveluita yhdenvertaisesti.

Uudistuksen toimeenpanon alkuvaiheessa soten järjestäjiä, eli maakuntia, arvioidaan lähinnä palveluiden saatavuuden ja kustannusvaikuttavuuden osalta. Lääkehoidot ja niiden toteutuminen eivät ole vielä ensivaiheessa arvioinnin kohteina. Silti maakunta tarvitsee runsaasti erilaista tietoa palveluidensa järjestämiseen ja johtamiseen. Se on paljon muutakin kuin varsinaiseen arviointitehtävään tarvittavaa tietoa.

Kansallinen kustannusvaikuttavuushanke (KUVA-hanke) on seulonut lukuisia mittareita, joilla maakuntia ja palveluntuottajia voitaisiin jatkossa auttaa tiedolla johtamisessa. KUVA-hanketta ohjaavat valtiovarainministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö. Sote-KUVA-työryhmä asetettiin syksyllä 2015 osana aluehallintouudistusta. Sille annettiin tehtäväksi valmistella ehdotukset yhtenäiseksi mittaristoksi: ”...väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilan kuvaamiseen sekä palveluiden tarpeen arviointiin palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen”.

Mittariston tarkoituksena on palvella erityisesti valtakunnallisen ohjauksen tarpeita. Mittaristo esitellään alueuudistuksen hallintorakenteelle vuoden 2018 loppuun mennessä ja pilotoidaan ennen sitä. KUVA-toimeenpano-alaryhmä vastaa mittariston valmistelusta. Työryhmän toisena tehtävänä on huomioida kansallisen ohjauksen ja maakuntajärjestäjän tarpeet tietotuotannon kehittämisessä, alueuudistuksen tuomat muutokset nykyiseen tietotuotantoon sekä selvittää uudet tietotarpeet (STM-ohjausosasto, KUVA-ryhmä ja THL:n tietopohjahanke, Maakuntatieto-ohjelma).

Lääkitysturvallisuus on osa potilasturvallisuutta

Laadukas lääkehoito on tärkeä suoriutumiskyvyn elementti. Siihen liittyy potilasturvallisuus ja edelleen lääkehoidon toteutumisen turvallisuus sekä lääkehoidon komplikaatioiden seuranta. Myös esimerkiksi lääkehoidon kustannukset, henkilöstön lääkeosaamisen kehittäminen ja tutkitun lääketiedon saatavuus ja hyödyntäminen ovat osa laadukasta hoitoa.

Lääkitysturvallisuutta voidaan tarkastella usean indikaattorin avulla. Esimerkiksi raportoitu tieto siitä, kuinka lääketurvallisuuteen suhtaudutaan ja kuinka osaaminen varmistetaan, kertovat työkulttuurista. Onko henkilöstö tehnyt ajallaan lääketurvallisuuteen vaadittavat tentit? Kuinka paljon läheltä piti -tapahtumia on suhteessa raportoituihin vaaratapahtumiin? Lääketurvallisuuteen sitoutuneessa paikassa läheltä piti -tapahtumia raportoidaan riittävästi, jolloin se kertoo hyvin siitä, että prosessiin panostetaan ja turvallisuustekijöitä seurataan ja johdetaan. Se, että havaitaan ja raportoidaan ennen vaaratapahtuman toteutumista, kertoo aktiivisesta ja kehittävästä työkulttuurista, ei siitä, kuinka paljon virheitä on.

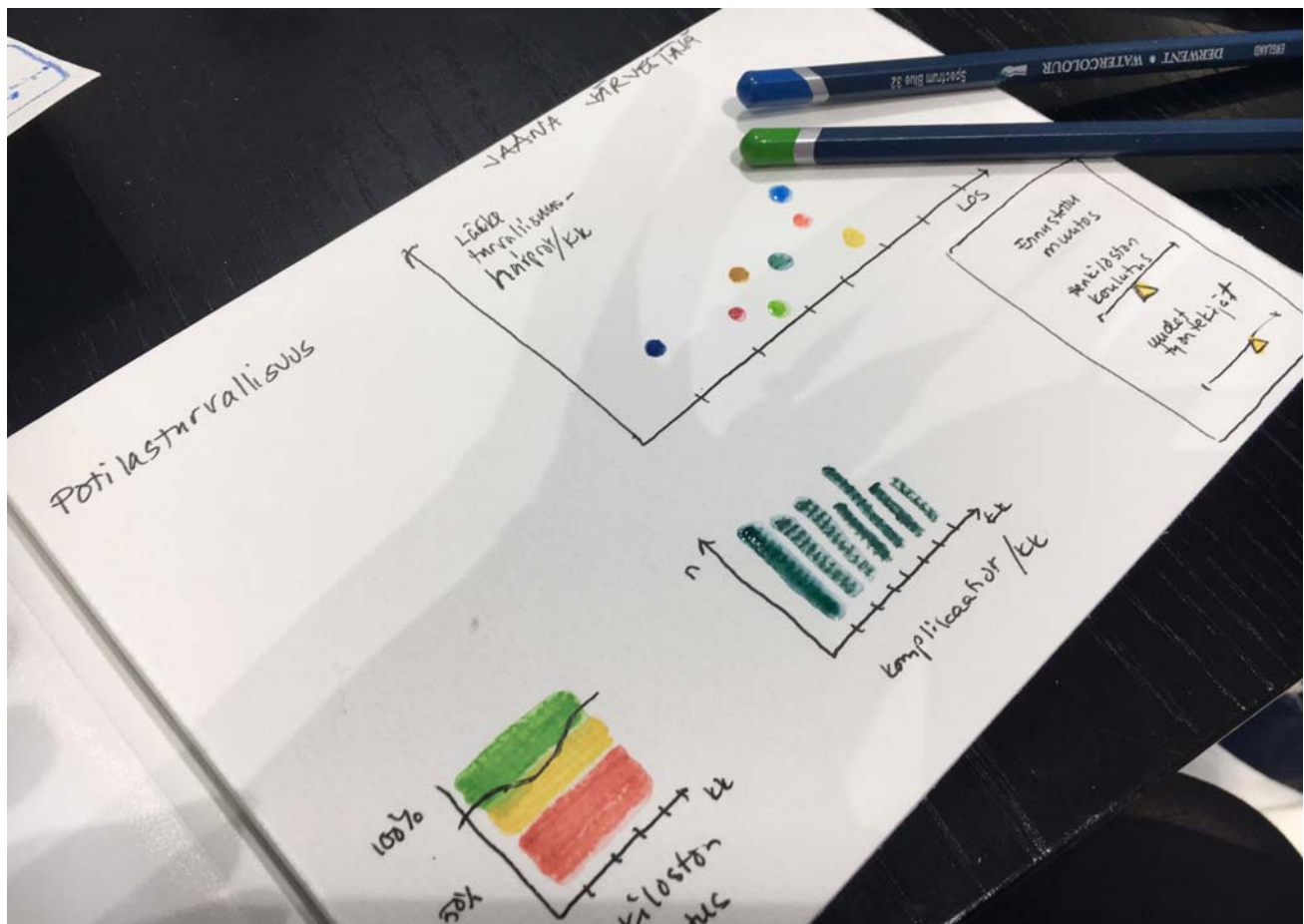
Vertailutiedosta apua – yksittäisistä indikaattoreista ilmiöiksi

Tulevat maakunnat ovat ominaisuuksiltaan erilaisia. Jo nykyiset tavat järjestää sote-palveluita poikkeavat toisistaan eri kunnissa ja palveluntuottajilla. Järjestämisvastuun siirtyminen suuremmille harteille tarkoittaa myös työmenetelmien harmonisointia. On entistä tärkeämpää saada vertailtavaa tietoa palveluntuottajilta, kunnista ja maakunnista.

Jos halutaan tehdä kustannusloikka, on otettava oppia toisilta ja hyödynnettävä hyviksi havaittuja käytäntöjä.

Työprosessien kehittämiseen tarvitaan tiedolla johtamista, osaamisen keskittämistä ja moniammatillisuuden hyödyntämistä. Tutkimustieto puoltaa tätä näkemystä: osastofarmasiaa hyödyntämällä lääkkeiden jakovirheitä voidaan vähentää, mutta tutkimusten mukaan huolimattomuus- ja kirjaamisvirheisiin osastofarmasialla ei ole ollut vaikutuksia. Systemoidun katsauksen mukaan osastofarmasiapalvelut ovat joko kustannustehokkaita tai kustannusneutraaleja. Yhdistettäisiinkö siis osastofarmasia kouluttamisen ja tiedon jakamisen näkökulmasta ja visualisoitu tiedolla johtaminen sopivalla indikaattori-cocktaililla? Lisättäisiinkö siihen vielä automatisoidut lääkekaapit ja niihin yhdistetty logistiikka-automaatio, jotta toiminnan seuranta näkyy ja saadaan jouhevammaksi ja vaikuttavammaksi? Tavoitteena on vähentää inhimillistä kärsimystä ja lisätä laadukasta hoitoa. Sitä kautta tullee myös kustannussäästöjä

Kuvassa 1 on visio tulevaisuuden maakunnan tai palvelutuotannon johtajan työpöytänäköymästä, jossa erilaista indikaattoritietoa esitetään yhdellä näyttöruudulla, ja tiedolla voidaan jopa ennustaa tulevaa. Esimerkkinä kuvassa ovat potilasturvallisuuden seurantaan sisältyvät HaiPro-ilmoitukset ja niihin liittyvän tiedon mahdollinen hyödyntäminen alueellisesti: Kuten kuinka monta virheellistä lääkkeen antoa tai jakamista on tapahtunut tai kuinka moni sai hoidosta komplikaatioita ja kuinka lääkeosaaminen varmistetaan jatkossa?



Kuva 1. Esimerkki potilasturvallisuuden seurantaan sisältyvistä HaiPro-ilmoituksista ja niihin liittyvä tiedon hyödyntäminen alueellisesti.

Omahoito

Laadukas omahoito on hyvän hoidon kulmakivi. Jo nyt henkilö pystyy itse pyytämään reseptin uudistamista Kanta-palvelun Omakannan kautta. Tulevaisuuden visiona onkin, että jokainen hallinnoi omatietovarannossa omaa lääkelistaansa ja lähettää sitä kautta terveydenhuollon ammattilaiselle viestin, jos lääkkeestä syntyy haittavaikutus.

Lisääntyvä sovellusten määrä mahdollistaa jo nykyään erilaisten elintoimintojen seurannan. Moni seuraa erilaisten rannemittareiden avulla sykettään, askeleitaan ja untan. Vastaavasti parhaillaan kokeillaan myös verenpaine-, verensokeri- ja PEF-etämittauksia. Aika, jolloin tieto omista tietovarannoista voidaan siirtää potilastietojärjestelmiin ammattilaisen käyttöön ja hoidon seurannan tueksi, voi olla pian arkeamme.

Kansallinen Omaolo-palvelu tekee jo tuloaan. Siinä omien oireiden sähköisistä arvioinneista voidaan edetä itsenäiseen hyvinvointivalmennukseen ja toisaalta ohjautua erilaisiin sote-palveluihin omatoimisesti. SoteDigi OY:n kautta Omaolo levinnee maakuntiin vuoden 2020 alussa.

Tulevaisuuden näkymät

Suomi on rekisterien luvattu maa. Tulevaisuudessa terveystiedon toisiokäytön laki mahdollistaa myös erilaisen tiedon yhdistelyn ja lupaviranomaisen valvonnassa, huolellisessa tietosuojassa tehdyn rekisteritiedon yhdistämisen myös tutkimuksen, kehitystyön ja koulutuksen tarpeisiin.

Biopankki- ja rekisteritiedon yhdistäminen lääketutkimuksessa ja täsmähoitojen kehittämisessä on suuri mahdollisuus, jossa Suomi voi näyttää esimerkkiä. Mielenkiintoista olisi nähdä, mitä syntyi, jos esimerkiksi kaikki kansallisten julkishallinnon rekisterien hoitoilmoitus-, biopankki- ja ostotapahtumatiedot yhdistettäisiin. Syntyisikö siitä uusi väestön terveyden tietosammio, jota hyödyntämällä eri maakunnat pystyisivät jatkossa tarjoamaan entistä parempaa, tarvelähtöistä hoitoa?



Eeva Ketola

LT, eMBA

Projektijohtaja, THL

LISÄÄ AIHEESTA

Miten edistää lääkehuollon ja lääkehoidon digitalisaatiota?

(<http://sic.fimea.fi/verkkolehdet/2018/2018/laakkeet-ja-digitalisaatio-1.0/miten-edistaa-laakehuollon-ja-laakehoidon-digitalisaatiota->)

KIRJALLISUUTTA

Grönroos S, Järvi E. Turvallinen lääkehoito: HaiPro ja osastofarmasia. Hoitotyön opinnäyte 2013. Laurea-ammattikorkeakoulu.

(www.theseus.fi)

Maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitykset. (<http://alueuudistus.fi>)

Touchette S, ym. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006–2010. Pharmacotherapy 2014; 34(8):771–93.